

【記入例】

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書		※組合市町受付	
南薩介護保険事務組合管理者(市町長経由)様 次のとおり申請します。			
被 保 険 者	被保険者番号	0 0 0 0 1 2 3 4 5 6	申請年月日 平成 21 年 12 月 22 日
	フリガナ	ミナミサツマ タロウ	生年月日 明(大)昭 7 年 7 月 7 日
	氏名	南薩摩 太郎	性別 (男) ・ 女
	住所	〒 897-8501 電話番号 0993-53-2111 南さつま市加世田川畑2648番地	
	現在の要介護状態区分等	要介護状態区分 (1) 2 3 4 5	要支援状態区分 1 2
	変更申請の理由	有効期間 平成 21 年 8 月 1 日 から 平成 22 年 7 月 31 日 前回の申請時より、状態悪化がみられるため。	
	過去6ヶ月間の介護保険施設・医療機関等入院入所の有無	介護保険施設の名称等・所在地	期間 年 月 日 ~ 年 月 日
	(有) ・ 無	介護保険施設の名称等・所在地	期間 年 月 日 ~ 年 月 日
		医療機関等の名称等・所在地	期間 21 年 11 月 20 日 ~ 年 月 日 入院中
		医療機関等の名称等・所在地	期間 年 月 日 ~ 年 月 日
提出代行者	名称	南薩摩 花子 印	
	住所	〒 890-8577 電話番号 099-286-2111 鹿児島市鴨池新町10-1	
主治医	主治医の氏名	鹿児島 一郎	医療機関名 南さつま市役所病院
	所在地	〒 897-8501 電話番号 0993-53-2111 南さつま市加世田川畑2648番地	
2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入			
医療保険者名		医療保険被保険者証記号番号	
特定疾病名			
介護サービス計画を作成するために必要があるときは、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を指定居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、介護保険施設の関係人、地域包括支援センター、主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員に提示することに同意します。			
本人氏名			南薩摩 太郎

介護保険被保険者証に記載されている被保険者番号をご記入ください。

申請書を市役所の窓口へ提出する日をご記入ください。

介護保険被保険者証に記載されている現在の認定結果をご記入ください。

区分変更申請の理由を必ずご記入ください。

過去6ヶ月間に病院又は施設等へ入院・入所したことがある場合はご記入ください。

申請書を代理の方が提出する場合がございます。

主治医の先生の氏名等をご記入ください。

本人氏名をご記入ください。

訪問調査時の家族の立合いを希望される場合は連絡先等をご記入ください。

※この申請についての家族等の連絡先			
連絡者氏名	南薩摩 花子	認定訪問調査時の家族等の立合い希望の有無	(有) ・ 無
自宅住所	鹿児島市鴨池新町10-1	自宅電話番号	099-286-2111
勤務先名称		勤務先電話番号	

※連絡事項(認定結果通知等の送付先が被保険者欄の住所と異なる場合等に送付先の宛名及び住所等を記入)

送付先：鹿児島市鴨池新町10-1 南薩摩 花子 宛

認定結果通知を本人住所地以外への送付を希望される場合等はこちらをご記入ください